

DOI: 10.1590/S0080-623420130000300027

ARTIGO ORIGINAL

Concepção de enfermeiros de uma rede pública de saúde sobre Educação para a Saúde*

CONCEPTS OF HEALTH EDUCATION BY PUBLIC HEALTH NURSES

CONCEPCIÓN DE LOS ENFERMEROS DE UNA RED PÚBLICA DE SALUD EN EDUCACIÓN DE LA SALUD

Gisele Coscrato¹, Sonia Maria Villela Bueno²

RESUMO

Estudo qualitativo que objetivou conhecer as concepções de 12 enfermeiros assistenciais, que compõem a rede pública de saúde de um município do interior paulista, sobre Educação para a Saúde, e propor ação educativa. Utilizou-se da metodologia da pesquisa-ação. A coleta dos dados ocorreu no segundo semestre de 2009, nas unidades públicas de saúde desse município. Foram usadas as técnicas de observação participante e entrevistas individuais. A análise e interpretação dos dados foi feita por categorização, fundamentada na teoria de Paulo Freire. Como resultados, revelou-se o reducionismo da Educação para a Saúde na abordagem pedagógica que envolvia a transmissão de conhecimentos, contemplando uma tendência biologicista da formação acadêmica. Porém, nos círculos de discussão, presumiu-se o despertar de uma consciência política relacionada à temática e à promoção da saúde. Concluindo, apreendeu-se a necessidade de mudanças na formação, e de viabilizar novos modos de produção de ciência, na busca pela transformação social.

DESCRIPTORES

Educação em enfermagem
Educação em saúde
Enfermagem em saúde pública
Promoção da saúde

ABSTRACT

This qualitative study identifies the ideas regarding health education of 12 nurses who are part of the public health service of a city in the São Paulo countryside, and proposes a corresponding educational action. In this study, we used the methodology of action research. Data collection occurred in the second half of 2009 in the public health units of the mentioned municipality. Participant observation and interviews were implemented. The analysis and interpretation of data were conducted through categorization, based on the theory by Paulo Freire. As a result, the reductionism of health education in the pedagogical approach involving the transmission of knowledge was exposed, envisioning a biologicist tendency of academic training. However, in discussion circles, the awakening of political awareness related to the theme and the promotion of health was assumed. In conclusion, there is a need for changes in such training and for the facilitation of new modes of scientific production in the quest for social transformation.

DESCRIPTORES

Education; nursing
Health education
Public health nursing
Health promotion

RESUMEN

Estudio cualitativo que tuvo como objetivo conocer las opiniones de 12 enfermeras, que representan la salud pública de un municipio en el Estado de São Paulo, en la educación para la salud, la educación y proponer acciones. Se utilizó la metodología de investigación-acción. La recolección de datos ocurrió en el segundo semestre de 2009, unidades de salud pública en el municipio. Hemos utilizado las técnicas de observación participante y entrevistas. El análisis y la interpretación de los datos se realizó de acuerdo a las categorías, en base a la teoría de Paulo Freire. Como resultado de ello, reveló el reduccionismo de la Educación para la Salud en el enfoque pedagógico que incluyó la transmisión de conocimientos, que comprende una tendencia biológica de la beca. Sin embargo, en círculos de discusión, se supuso el despertar de la conciencia política en relación con el tema y la promoción de la salud. En conclusión, se apoderó de la necesidad de cambios en la formación, y permitir nuevas formas de producción de la ciencia, la búsqueda de la transformación social.

DESCRIPTORES

Educación en enfermería
Educación em salud
Enfermería em salud pública
Promoción de la salud

* Extraído da dissertação "Pesquisa-ação em Educação para a Saúde, cuidado e humanização no cotidiano profissional de enfermeiros", Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2010. ¹ Enfermeira. Mestre em Ciências pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. gcoscrato@yahoo.com.br ² Pedagoga. Professora Livre-Docente da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. smvbueno@eerp.usp.br

INTRODUÇÃO

A melhoria e a manutenção da saúde demandam ações voltadas para diferentes aspectos e complexidade do viver, o que tem exigido da sociedade, a viabilização de abordagens educativas que venham promover a saúde, tanto em nível individual quanto coletivo.

Assim, a promoção da saúde envolve várias abordagens do ser humano, que consideram o orgânico, mas se busca ultrapassar esse contexto, introduzindo-se na relação com a saúde: a moradia, os aspectos psicológicos, ambientais, sociais, culturais e outros; razão pela qual se torna relevante compreender as dificuldades dos profissionais de saúde na prática cotidiana do educar para a saúde. Esta por sua vez, exige formação adequada e articulação entre a teoria e a prática profissional⁽¹⁻²⁾.

Apresentamos a seguir definições de processos que buscavam e/ou buscam o educar na área da saúde – a saber: Educação em Saúde, Educação para a Saúde e Educação Permanente em Saúde.

Historicamente, até meados da década de 1970, a Educação em Saúde era definida como as ações educativas em saúde que objetivavam a submissão e a adoção de novos hábitos de vida pelos pacientes, de forma que o comportamento que evitasse doenças devia ser incorporado. A própria denominação Educação em Saúde, enquadrar-se-ia sob o enfoque predominantemente curativo, em detrimento do preventivo e de promoção da saúde. Esse tipo de enfoque, biologicista, resulta no cuidado fragmentado do ser humano, destacando-se a doença e os aspectos exclusivamente biológicos⁽³⁾.

Esse modelo educativo e de atenção à saúde de caráter biomédico, nem sempre obtém êxito, pois ainda permanece a dificuldade das instituições de saúde no atendimento em nível da atenção primária, cuja demanda é crescente, o que torna uma necessidade estreitar as relações entre o sistema formal de saúde e a comunidade⁽³⁻⁵⁾.

Dentre algumas das características do modelo biomédico, verifica-se o foco nos aspectos curativos, o distanciamento de saberes e práticas das realidades dos indivíduos tanto na área da educação quanto na área da saúde; o enfraquecimento da difusão científica e a ausência de ações educativas voltadas para a saúde e não para a doença e o doente. Os conhecimentos, os modos de viver e as credences populares não são considerados, nem tampouco compartilhados⁽³⁻⁵⁾.

As mudanças de paradigmas na atenção e na educação voltadas à saúde tornam-se mais difíceis quando não há a escuta das necessidades e das expectativas dos cidadãos, e as ações limitam-se tão somente às exigências terapêuticas.

Há despreparo dos profissionais para o trabalho participativo com a comunidade, em razão da especialização excessiva e da cristalização do conhecimento dos profissionais enquanto detentores da ciência e do saber⁽⁵⁾.

A partir da década de 1970, a Educação em Saúde sofreu uma mudança terminológica e passou a ser denominada Educação para a Saúde. Essa mudança representou também um desafio no contexto do conceito da promoção da saúde, quando se tornou evidente a importância de estimular os indivíduos a assumir maior controle sobre a própria saúde. Houve necessidade de realização e desenvolvimento de ações educativas com abordagens capazes de promover a saúde de modo integral⁽⁵⁻⁷⁾.

A Educação para a Saúde é definida como a mudança do enfoque predominantemente biológico e curativo, para o olhar preventivo e de promoção da saúde, englobando os diversos contextos (sociais, culturais, ambientais etc) em que o ser humano está inserido, fazendo-se valer a escuta e a acolhida à realidade dos educandos, predominando

a dimensão subjetiva, cidadã e humanizada da prática em saúde. O Ministério da Saúde (MS) tem destacado o despreparo dos profissionais de saúde lidar com essa dimensão⁽⁵⁻⁸⁾.

Esse novo paradigma tem a convergência com o referencial de Paulo Freire, que pode contribuir amplamente para a Educação para a Saúde, aumentando as possibilidades de concepções e práticas pedagógicas⁽⁹⁾. Um estudo que realizou revisão documental das publicações do MS do período de 1980 a 1992, verificou que a ideia central do processo educativo nos programas de ações educativas em saúde era fundamentada em Freire. Desde a década de 1970, tais programas foram fortemente

influenciados pelo pensamento freireano e a teoria de educação libertadora. Tais programas evidenciavam a mudança do discurso oficial educativo em saúde, que passou de uma perspectiva tradicional baseada na imposição de modelos para uma abordagem mais crítica, voltada para a participação comunitária⁽⁹⁻¹⁰⁾.

Em 2009, O Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, em busca da consolidação de uma estratégia integrada à ação educativa nessa área. O documento faz críticas ao modelo tradicional de educação, na tentativa de romper com o processo metodológico que reduz a educação a técnicas desarticuladas entre si. Ressalta a necessidade de coordenação de ações para a abordagem de problemas integrais e complexos, com o compromisso de efetivar o aprendizado em contextos organizacionais e sociais.

A Educação Permanente em Saúde deve estar inserida no próprio contexto social, sanitário e do serviço, a partir

das problemáticas da vida cotidiana; deve ser reflexiva e participativa, perene, voltada à construção conjunta de soluções dos problemas, tendo por base que os problemas não existem sem sujeitos que os criam. Nela combinam-se diversos momentos e modalidades específicas, objetivando um projeto global de desenvolvimento organizado para a mudança institucional das equipes e dos sujeitos sociais, para a transformação das práticas coletivas, em busca da ação-reflexão e da investigação-ação⁽¹¹⁾.

Frente a todos esses aspectos, que permeiam este estudo, ao propor a ação participativa e a consideração do contexto social, conforme será descrito a seguir na metodologia, tecemos algumas considerações. Como ciência do cuidado humano, a Enfermagem precisa buscar aperfeiçoar-se nas instituições em que atua e nas relações políticas, econômicas e sociais em que se envolve, que afetam as relações que o ser humano tem com o mundo, como o trabalho e as maneiras de ser e viver. No ensino, é preciso que desenvolva estratégias que integrem a promoção da saúde e promovam as ressignificações culturais, éticas, morais e religiosas do novo milênio, com vistas a um olhar mais humanizado⁽¹²⁾.

O presente estudo teve como objetivo conhecer as concepções de enfermeiros assistenciais da rede pública de saúde de um município do interior paulista sobre Educação para a Saúde, trabalhando conjuntamente sobre esses conceitos e perspectivas e propondo a ação educativa para os participantes, a ser elaborada e realizada também em conjunto.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de cunho descritivo-exploratório, que utilizou a metodologia da pesquisa-ação. É parte de uma pesquisa maior que procurou investigar as concepções de enfermeiros sobre Educação para a Saúde, entre outras temáticas, com a finalidade de incentivar a construção de novos paradigmas relacionados aos temas estudados. Está orientada para responder seguinte pergunta: O que significa para você Educação para a Saúde?

Para respondê-la, considerou-se que o processo investigativo mais adequado seria a pesquisa-ação, uma metodologia em que pesquisadores e pesquisados constroem juntos e de forma articulada as perspectivas sobre a temática. O caráter horizontal da construção metodológica considera que a produção de ciência não pode ser verticalizada, e sim elaborada em conjunto com os sujeitos sociais participantes, considerando equitativamente todos os saberes envolvidos, de modo a possibilitar o entendimento da realidade social e a identificação de seus problemas. Mesmo que a proposta de ação educativa seja disparada pelo pesquisador, e elaborada conjuntamente por todos os participantes⁽¹⁵⁾.

Neste estudo, compreende-se que a pesquisa em saúde tem intrínseca uma realidade complexa que

envolve aspectos biológicos, físicos, psicológicos, sociais e ambientais, e que o binômio saúde-doença está relacionado à carga histórica, cultural, política e ideológica e que não pode ser reduzido a fórmulas numéricas ou a dados estatísticos⁽¹³⁻¹⁵⁾.

A pesquisa-ação, por sua vez, teve início com Lewin e Corey, autores norte-americanos da década de 1960, que buscavam aproximar a dinâmica da prática social com uma teoria de sociedade. Essa linha de pensamento propunha-se à observação apurada dos processos de mudança social, desencadeando a reflexão e a produção de pesquisa que visava à ação social e não apenas a produção de livros⁽¹⁶⁻¹⁸⁾.

Entre 1960/70, outra vertente, à qual esta pesquisa está vinculada, originou-se do pensamento de Paulo Freire, educador e teorista cuja produção tinha forte caráter político-emancipatório e uma proposta pedagógica libertadora que buscava a transformação política dos participantes, envolvendo-os no processo de construção do conhecimento.

A presente investigação foi conduzida a partir do referencial teórico-metodológico de Freire, adaptado por Bueno⁽¹⁵⁾, delimitada por duas fases: na primeira, houve o levantamento dos dados sóciodemográficos e do universo temático, de onde elencaram-se os temas geradores; e a segunda, realizou-se a ação educativa.

As técnicas utilizadas para a coleta dos dados foram: 1) a observação participante, tendo como instrumento o diário de campo para anotação dos dados observados pelo pesquisador e 2) a entrevista individual, que teve como instrumento a aplicação de questionário contendo questões sobre os dados de identificação dos participantes e questões norteadoras acerca da temática em foco, preenchido pelos participantes.

A aplicação das técnicas descritas possibilitou a imersão do pesquisador na complexidade do contexto real, ou seja, nos locais de trabalho dos enfermeiros, bem como a exploração de seus conhecimentos, obtidos academicamente, e suas concepções, valores e crenças derivados da práxis cotidiana sobre Educação para a Saúde. Ao mesclar essas esferas que se sobrepõem num *continuum* da realidade, corrobora a perspectiva problematizadora a qual esta pesquisa se ancora.

A proposta do estudo foi de abranger somente os enfermeiros alocados na rede pública de saúde de um município do interior paulista, tendo como critério que o setor público contribui diariamente para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). O município escolhido está localizado a 450 quilômetros da cidade de São Paulo-SP, possui aproximadamente 40.000 habitantes e a economia é baseada na agroindústria (setor sucroalcooleiro).

Desde de maio de 2006 a cidade está habilitada para a Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde. A rede pública municipal de saúde dispõe de nove unidades de saúde da

família, uma unidade básica de saúde, um ambulatório de especialidades médicas, um Pronto Atendimento (PA), um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Conta ainda com uma instituição hospitalar filantrópica e um ambulatório de saúde mental (no qual não há enfermeiro), sendo que estes dois últimos não fizeram parte do estudo.

Todos os enfermeiros alocados na rede pública de saúde do município foram convidados a participar da pesquisa, e a totalidade dos participantes foi considerada representativa, nos termos deste estudo. Os critérios de inclusão foram: a) que os participantes fizessem parte de serviços de saúde públicos, para explorar as problemáticas deste setor; b) que dessem seu consentimento para a observação participante e c) entregassem o questionário respondido no tempo combinado.

Assim, participaram da pesquisa 12 enfermeiros, sendo que uma enfermeira da unidade básica recusou-se a participar, uma enfermeira do PA estava doente no momento da pesquisa e não pode participar, e a enfermeira do CAPS não atendeu aos critérios pré-estabelecidos. Os locais de pesquisa foram todas as unidades de saúde da família, o ambulatório de especialidades médicas, a unidade básica de saúde e o PA. Os participantes foram identificados neste estudo pela letra P, seguido de um número de 1 a 12, atendendo à confidencialidade e ao anonimato.

A pesquisa atendeu a rigor científico e os preceitos éticos exigidos pelo Conselho Nacional de Ética em Pesquisa e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, nº processo ético aprovado: 1077/2009. Ao aceitarem participar do estudo, os enfermeiros assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A coleta dos dados ocorreu no segundo semestre de 2009. Vale citar que, nessa época, ocorria a mudança (troca) de gestores municipais.

Por fim, planejou-se e executou-se a segunda fase (ação educativa) a partir das categorias/temas geradores elencados.

RESULTADOS

A maioria dos participantes era do sexo feminino, casada, católica; metade formada a menos de cinco anos, três nos últimos dez anos e três há mais de 10 anos. Metade possuía idade entre 24 e 30 anos, três entre 31 e 40 anos e três entre 41 e 50 anos. O tempo de formação profissional coincidiu com tempo de atuação profissional e somente um enfermeiro havia trabalhado como auxiliar de enfermagem antes de se formar.

Suas respostas foram agregadas em seis categorias, segundo consenso do grupo: Fornecimento de informações; Prevenção de doenças e promoção da saúde; Uso correto e estruturação dos serviços de saúde; Autonomia sobre a saúde; Melhoria da qualidade de vida; Humanização e cidadania.

Vale destacar, que a discussão do presente também faz referência aos dados e impressões do pesquisador anotados no diário de campo, o que corresponde com a pesquisa-ação, no sentido de considerar que o pesquisador se insere na realidade dos pesquisados, realiza trocas e captação de conhecimentos e experiências. Não somente um tipo de coleta de dados é predominante (não apenas a entrevista), tendo-se assim, a intenção de tornar mais enriquecedores os resultados.

Categoria 1: Fornecimento de informações

... fornecer informações à população... P1.

(...) Informar a população... P2.

É o ensino de medidas educacionais... P3.

... aprimoramento tanto do profissional, quanto assim o resultado será direcionado aos clientes... P4.

... a fim de transmitir os conhecimentos aos demais membros da equipe e clientes da unidade de saúde P5.

... manter-se sempre atualizado nos assuntos relacionados à área... P9.

Categoria 2: Prevenção de doenças e promoção da saúde

... fornecer informações à população que levem à promoção da saúde e à prevenção de doenças na comunidade P1.

... adotando e mantendo os padrões de vida saudáveis P2.

... o ensino de medidas educacionais para a manutenção da saúde P3.

... visa utilizar os saberes técnico-científicos para ações preventivas, não apenas focada na doença mas na saúde do indivíduo P6.

... manter-se sempre atualizado nos assuntos relacionados à área, trocando informações e ideias com outros profissionais P9.

Categoria 3: Uso correto e estruturação dos serviços de saúde

Informar a população a usar de forma correta os serviços de saúde que estão a sua disposição P2.

São meios necessários para estruturar um sistema de saúde e pôr em prática P10.

Categoria 4: Autonomia sobre a saúde

Desenvolver nas pessoas o senso de responsabilidade pela sua própria saúde... P2.

Categoria 5: Melhoria da qualidade de vida

... o alicerce para que o indivíduo e seu meio consiga(m) viver em sintonia e consequentemente numa melhor qualidade de vida P7.

... é essencial, pois ajuda a aumentar a qualidade de vida da população P11.

Categoria 6: Humanização e cidadania.

Humanização; direito de todos os cidadãos P8.

DISCUSSÃO

Fase 1: A fase da investigação: categorias

Categoria 1: Fornecimento de informações

Predominantemente, o conceito de Educação para a Saúde reflete um discurso fundamentado no modelo educativo em saúde tradicional, nos moldes da educação em saúde. A educação é definida como o ato de possibilitar o fornecimento de informações e transmissão de conhecimentos para a população e outros profissionais. Infere-se que essas concepções advêm dos conhecimentos providos pela formação acadêmica, na qual enfatiza-se a transmissão de conhecimentos e informações.

De forma geral (na metade das respostas), quando analisamos somente as respostas dos participantes, fica a impressão de que o conhecimento não é construído coletivamente e não são consideradas as crenças populares, os tabus e os preconceitos, conforme seriam no modelo educativo progressista e emancipatório contemporâneo, nos moldes da Educação para a Saúde⁽¹⁹⁾. O discurso está centrado no profissional como a figura principal e detentora dos saberes⁽⁹⁾.

Entretanto, como veremos a seguir, nas próximas categorias, as respostas desses mesmos participantes, contraditoriamente, são permeadas por outros olhares no que diz respeito à atenção à saúde e às ações educativas em saúde, nos moldes da educação progressista atual.

Categoria 2: Prevenção de doenças e promoção da saúde

Nesta categoria, explicitou-se a introdução, ainda que de forma discreta, de elementos como a promoção da saúde e a troca de informações.

As respostas refletem um discurso fundamentado no modelo educativo e de atenção à saúde tradicional, que prega os padrões de vida ditos saudáveis, a partir do foco na doença⁽²⁰⁻²¹⁾. A literatura científica revela que historicamente as ações educativas tiveram como objetivo a submissão do paciente a novos hábitos de vida, nos quais as mudanças de comportamento que poderiam evitar doenças deveriam ser incorporadas, enfocando o saber médico-biológico, excluindo os complexos fatores sociais que permeiam a vida individual e coletiva^(5,21).

Categoria 3: Uso correto e estruturação dos serviços de saúde

Nesta categoria, pontua-se que, em paralelo às respostas escritas, que são discutidas logo a seguir, durante a observação participante, os enfermeiros apontaram as dificuldades no trabalho quando um sistema de saúde é desestruturado, por não dar conta de atender toda a

demanda de consultas, e mesmo quando os usuários não sabem utilizar os serviços, pois eles muitas vezes buscam soluções imediatistas, que não são resolutivas, na opinião dos participantes. Esse aspecto infere a necessidade da conscientização por parte dos usuários, profissionais e gestores com relação ao uso à disponibilização dos serviços e ações em saúde, sendo que a conscientização é resultante na construção coletiva do conhecimento⁽⁹⁾.

Dessa maneira, evidenciou-se que o uso correto dos serviços de saúde e a estruturação do sistema são atribuídas à Educação para a Saúde.

Estas respostas convergem para os preceitos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde, os quais destacam que a Educação para a Saúde deve envolver conjuntamente trabalhadores e usuários, na busca pela construção de conceitos que subsidiem aperfeiçoamentos das práticas em saúde, de uma maneira mais ampla e integral⁽²⁰⁻²²⁾.

Categoria 4: Autonomia sobre a saúde

Apesar dessa categoria ter sido evidenciada na resposta de apenas um enfermeiro, durante a observação participante foi possível investigar que a maioria dos enfermeiros participantes também considera que muitas vezes não existe a corresponsabilização entre profissional e usuário de saúde, porque segundo eles, o usuário atribui a responsabilidade por sua saúde ao profissional. Os participantes consideram difícil a educação/conscientização do público assistido.

Portanto, de maneira pontual, essa categoria converge para o que a OMS advoga para a promoção da saúde individual e coletiva, que ocorre por meio de estratégias educativas em saúde, para que o sujeito possa ter autonomia e tomada de decisão sobre a própria saúde – o que remete aos valores de autonomia e solidariedade – e remete ao universo freireano, em que a educação é instrumento para que o ser humano, a partir da construção de conhecimento, possa ter responsabilidade por sua própria vida^(9,20).

Categoria 5: Melhoria da qualidade de vida

O aspecto da melhoria da qualidade de vida foi associada à finalidade da Educação para a Saúde.

Mais tarde, durante os círculos de discussão, evidenciou-se o repensar dos valores e crenças dos participantes, com relação a esta categoria, já que tiveram a percepção de que ao mesmo tempo em que são profissionais, são também usuários do sistema de saúde, ou seja, surge a consciência de seu papel político e cidadão perante a sociedade. Isso remete novamente aos preceitos teóricos de Freire, que considera que antes de tudo, somos seres humanos com necessidades subjetivas. Neste sentido, entende-se que a teoria (conceituar Educação para a Saúde) corresponda à prática cotidiana.

Com relação a essa categoria, à semelhança do universo freireano, a OMS conceitua que os novos moldes da educação contemporânea fazem com que ela seja representada na prática política, levando em conta o cotidiano da vida e seus elementos constitutivos entre o mundo e o sujeito, tomando forma a colaboração e a articulação entre o saber técnico e o popular. Sendo assim, a Educação para a Saúde como conceito e prática seria um instrumento, de articulação entre a ciência e a vida cotidiana, fundamentada em valores que buscam a transformação social, a crítica e da ação emancipatória, de quem assiste e de quem é assistido^(9,14-15,20).

Categoria 6: Humanização e cidadania

Os enfermeiros participantes mostraram-se interativos e estabelecadores de vínculos com a comunidade assistida. A fala de um participante, correlacionou a humanização e a Educação para a Saúde, vinculando-a como parte da assistência humanizada como um direito da população e como forma de demonstrar a cidadania.

O mesmo foi verificado também durante na observação, em alguns momentos que foram registrados no diário de campo, nos quais os enfermeiros consideram-se como cidadãos e usuários do sistema de saúde. A presença do investigador levou-os a se questionar-se sobre as finalidades da Educação para a Saúde. Esse fato converge para a metodologia da pesquisa-ação, pois faz com que o pesquisando mobilize-se para o tema investigado, favorecendo a tomada de consciência da realidade, de forma crítica^(9,15).

Sobre esse tema gerador/categoria, a literatura científica destaca que as tecnologias do cuidado com enfoque nas ações educativas, são inovadoras e geram consciência em relação às pessoas envolvidas (educador e educandos), o que promove a humanização do cuidado e o exercício da cidadania^(2,8-9).

Fase 2: A fase da ação

A atividade educativa foi realizada em quatro encontros de círculos de discussão, com duração de cerca de duas horas cada, conforme contrato pactuado pelo grupo. Os participantes reuniram-se em uma sala de aula de escola pública municipal, durante o período de férias escolares.

A ação educativa teve duas etapas. Num primeiro momento, foram trabalhados, juntamente com os participantes, os problemas e as vivências identificados a partir da prática profissional relacionada à temática Educação para a Saúde, compartilhados com o pesquisador. Foi feita leitura e foram discutidos o segundo e terceiro capítulos do livro *Pedagogia do Oprimido* do autor Paulo Freire, um artigo científico sobre Educação para a Saúde e documento do MS sobre a Política Nacional de Humanização. Procurou-se ainda contemplar a vivência prática dos enfermeiros sobre os assuntos e sua aplicabilidade em serviço.

O processo investigativo e educativo peculiar à pesquisa-ação gerou controvérsias na avaliação dos participantes. Ultrapassou-se, pois, uma avaliação pontual, ocorrendo a avaliação somativa que permitiu o aspecto qualitativo e interacional dos participantes⁽¹⁵⁾. Alguns participantes afirmaram ser *utópicos* os novos paradigmas da Educação contemporânea, porém, de forma positiva, todos eles relataram a aproximação teórico-prática da pesquisa ao cotidiano profissional deles. Referiram que aprenderam mais sobre o assunto, e, se no início estranharam a introdução da atividade educativa em uma pesquisa, depois apontaram-na como um espaço de verbalizações dos momentos de dificuldade do cotidiano profissional, que proporcionou a oportunidade de se reunirem e interagirem de modo informal e descontraído.

Na perspectiva do pesquisador, a pesquisa-ação, em termos de investigação e ação educativa, proporcionou desafios, relativos a: a) no início da pesquisa, percebeu-se certa desmotivação de alguns enfermeiros em participar da pesquisa (relativa à temática em foco), como citado previamente neste, pois o pesquisador inseriu-se no contexto real em que ocorria a pesquisa e ele foi considerado (o município passava por mudança de gestores e por consequência, por possíveis mudanças no modo de trabalho); b) à complexidade do tema gerador, a relação desse tema com o cotidiano profissional durante a observação participante e o preparo das ações educativas, permeadas pela dialogicidade, o que determinou maior flexibilidade, constantes ajustamentos nos círculos de discussão (ação educativa) e menor controle prévio das ações; c) avaliação como processo e não como um procedimento habitualmente pontual.

Assim, compreende-se que o fator enriquecedor dessa pesquisa não foi a mudança imediata de concepções ou de comportamentos dos participantes na área profissional, até porque essa não seria, a finalidade educativa. Mas sim, a reflexão gerada por ambas as partes (do pesquisador, o qual estava imerso na constante autocrítica; e dos participantes). A própria presença do pesquisador em campo, trazendo a discussão do tema gerador em foco, levou os participantes a diversos questionamentos, perspectivas e novos olhares para os problemas identificados e vivenciados naquele grupo, a partir da troca de experiências e conhecimentos, do diálogo e do exercício da crítica, os quais levam à conscientização e à problematização, seguindo os pressupostos da pedagogia progressista de Freire.

CONCLUSÃO

Este estudo possibilitou verificar como a Educação para a Saúde é explicada por um grupo de enfermeiros assistenciais, que trabalham na rede pública de um município do interior paulista. No momento do início da pesquisa, esse município passava por mudanças de gestores, o que exigiu diversas adaptações no ambiente de trabalho dos participantes e pode ter ocasionado certa desmotivação

dos participantes com relação à temática em foco, o que se considerou como uma limitação do estudo.

A categorização das respostas revelou o reducionismo da Educação para a Saúde, conceituada como uma de o profissional transmitir conhecimentos, refletindo a maneira tradicional de trabalho desse grupo de participantes. A dificuldade de conceituação da temática enquanto inserida em novos paradigmas (Educação para a Saúde) resulta da tendência biologicista, centrada no modelo médico de atenção à saúde, dos conhecimentos adquiridos no ambiente acadêmico, o que evidencia a necessidade de novas adequações na formação desses profissionais.

Aspectos como corresponsabilização, humanização, cidadania, qualidade de vida, autonomia sobre a saúde foram discutidos por esse grupo de enfermeiros em círculos de discussão e atividades educativas. Presume-se

que houve o despertar de uma consciência política com relação à temática do estudo e à promoção de saúde, com reconhecimento da desarticulação entre a teoria e a prática profissional, ou seja, entre o conhecimento acadêmico e o cotidiano profissional.

Ainda há insuficiência de estudos que versem sobre a Educação para a Saúde, voltados a esses profissionais. Entende-se que o caminho da educação, como o proposto neste estudo, é um processo contínuo, participativo, horizontal, circular, dinâmico e de conscientização entre os educadores que acreditam que mudanças se fazem necessárias. Viabilizar ações educativas não deixa de ser ciência e a permanência de velhos problemas da sociedade em pleno século XXI torna necessário romper com modos tradicionais de produção do saber e ir em busca de novos horizontes e novos paradigmas na produção de ciência, visando à transformação social.

REFERÊNCIAS

1. Coscrato G, Pina JC, Mello DF. Utilização de atividades lúdicas na educação em saúde: uma revisão integrativa da literatura. *Acta Paul Enferm.* 2010;23(2):257-63.
2. Moisés JS, Bueno SMV. Understanding sexuality and sex in schools according to primary education teachers. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2010 [cited 2011 Sep 19];44(1):205-12. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n1/en_a29v44n1.pdf
3. Bizzo MLG. Difusão científica, comunicação e saúde. *Cad Saúde Pública.* 2002;18(1):307-14.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. HumanizaSus: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília; 2004.
5. Vasconcelos EM. Educação popular e pesquisa-ação como instrumentos de reorientação da prática médica. In: Gonsalves EP, organizador. *Educação e grupos populares: temas (re) correntes.* Campinas: Alínea 2002. p. 99-116.
6. Rice M, Candeias NMF. Padrões mínimos da prática da educação em saúde: um projeto pioneiro. *Rev Saúde Pública.* 1989;23(4):347-51.
7. Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2007;12(2):335-42.
8. Oliveira BRG, Collet N, Viera CS. A humanização na assistência à saúde. *Rev Latino Am Enferm.* 2006;14(2):277-84.
9. Freire P. *Pedagogia do oprimido.* 22ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 1993.
10. Reis DC. Educação em saúde: aspectos históricos e conceituais. In: Gazzinelli MF, Reis DC, Marques RC, organizadores. *Educação em saúde: teoria, método e imaginação.* Belo Horizonte: Ed. UFMG; 2006. p. 19-24.
11. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.* Brasília; 2009.
12. Leonardi J. O caminho noético: o canto e as danças circulares como veículo da saúde existencial no cuidar [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2007.
13. Molina R. A pesquisa-ação/investigação-ação no Brasil: mapeamento da produção (1966-2002) e os indicadores internos da pesquisa-ação colaborativa [tese]. São Paulo: Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo; 2007.
14. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.* 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
15. Bueno SMV. *Tratado de educação preventiva em sexualidade, DST - Aids, drogas e violência nas escolas.* Ribeirão Preto: FIERP/EERPUSP; 2009.
16. Santos BS. *A universidade no século XXI: para uma reforma democrática e emancipatória da universidade.* São Paulo: Cortez; 2004.
17. Lewin K. *Problemas de dinâmica de grupo.* São Paulo: Cultrix; 1970. Pesquisa de ação e problemas de minoria; p. 215-30.
18. Corey S. Esperar? Ou começar a saber! In: Morse WC, Wingo GM. *Leituras de psicologia educacional.* São Paulo: Nacional; 1979. p. 296-302.

-
19. Caride JA, Meira PA. Educação ambiental e desenvolvimento humano. Lisboa: Instituto Piaget; 2004.
 20. Organização Mundial da Saúde (OMS). Declaração de Alma-Ata. In: Conferência Internacional Sobre os Cuidados Primários de Saúde; Alma-Ata, URSS; 1978 set. 6-12 [Internet]. [citado 2010 jan. 10]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alam-Ata.pdf>
 21. Araújo RRDF. Educação conscientizadora na prática do enfermeiro em hanseníase [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2005.
 22. Benevides R, Passos E. Humanização na saúde: um novo modismo? Interface Comun Saúde Educ. 2005;9(17):389-406.